

Małgorzata Dziubak

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Pracownia Podstaw Opieki Położniczej

Empatia i jej zmiany u studentek w toku kształcenia na kierunku pielęgniarstwo

Empathy and its changes in students during undergraduate nursing course

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Empatia pełni pozytywne funkcje w realizowaniu wielu zawodów, ale jest szczególnie umiejętnością w zawodach świadczących pomoc innym, takich jak pielęgniarstwo. W zawodzie pielęgniarki empatia jest uważana za jedną z umiejętności o podstawowym znaczeniu, gwarantującą wysoką jakość opieki pielęgniarstwa.

Cel. Celem badań podjętych w ramach niniejszej pracy była ocena poziomu empatii u studentek w toku kształcenia na kierunku pielęgniarstwo.

Grupa badana i metody. Badania przeprowadzono wśród 196 studentów licencjackich studiów pielęgniarstwa na czterech uczelniach. Przeprowadzone badania miały charakter longitudinalny. Narzędziem badawczym był Indeks Reaktywności Interpersonalnej (*IRI*) autorstwa M.H. Davisa.

Wyniki. W kolejnych latach studiów pielęgniarstwa nastąpiło obniżenie poziomu empatii u studentów. Obniżenie empatii u studentów pielęgniarstwa nie sprzyja dążeniu do profesjonalizmu przyszłych pielęgniarek, dlatego w ramach doskonalenia jakości nauczania należy zwrócić większą uwagę na rozwijanie empatii studentów.

Słowa kluczowe: empatia, studenci, pielęgniarstwo

ABSTRACT

Introduction. Empathy has positive functions in the pursuit of many professions, but it is an exceptionally important skill in professions that provide assistance to others, such as a nurse. In the nursing profession, empathy is considered one of the basic skills, which guarantees high quality of nursing care.

Aims. The aim of the research undertaken as part of this paper was to assess the level of empathy in nursing students during education in undergraduate nursing course.

Study group and methods. The research was conducted among 196 students of undergraduate nursing courses at four universities. The research was longitudinal. The research tool was the Interpersonal Reactivity Index (*IRI*) by M.H. Davis.

Results. In subsequent years of nursing studies, the level of empathy in students decreased. A decreased level of empathy in nursing students is not conducive to shaping a professional attitude of future nurses. Therefore, as part of improving the quality of teaching, more attention should be paid to developing empathy in students.

Keywords: empathy, students, nursing

Wprowadzenie

„W przeszłości, w analizach dotyczących zagadnienia empatii można było dostrzec dwa niezależne nurty: akcentujący jej poznawczy aspekt oraz skoncentrowany na empatii emocjonalnej” (Kaźmierczak, 2004, s. 131). Autorzy ujmujący empatię w aspekcie procesów poznawczych traktują empatię jako wykształconą umiejętność spostrzegania i rozumienia przeżyć innej osoby, trafnego rozumienia jej uczuć, myśli, wyobrażeń, reakcji i zachowań, czyli spoglądania na sytuacje z innego niż własny punkt widzenia. Aspekt emocjonalny, na którym opiera się definiowanie empatii, dotyczy współbrzmienia, współprzeżywania, emocjonalnego odpowiadania na postrzeganie emocji, przeżyć lub sytuacji drugiej osoby. W tym przypadku empatia stanowi emocjonalne doświadczanie takich samych stanów afektywnych w danej sytuacji przez podmiot, jakich doznaje osoba, z którą on empatyzuje (Wilczek-Rużyczka, 2002).

Z czasem badacze zaczęli rozumieć potrzebę bardziej komplementarnego ujęcia zjawiska empatii, a więc skupienia się zarówno na jej aspekcie emocjonalnym, jak i poznawczym (Kaźmierczak, 2004). „Obecnie empatia pojmowana jest przez większość badaczy jako wielowymiarowe, interpsychiczne zjawisko, które polega na zdolności współbrzmienia z emocjami drugiej osoby, doznawania jej wewnętrznych przeżyć bez utożsamiania się z nią oraz zdolności rozumienia przekonań, postaw i ról pełnionych przez innych, jak również na umiejętności równoczesnego koordynowania tych dwóch aspektów

– emocjonalnego i poznawczego” (Kliś, 2012, s. 148).

„Jedną z pierwszych propozycji zintegrowanego podejścia do empatii przedstawił Mark H. Davis” (Jerzmanowska, 2013, s.69). Definicja empatii według Davisa łączy w sobie zarówno podejście poznawcze, czyli umiejętność postawienia się w cudzym położeniu i zrozumienia cudzych reakcji, jak i podejście afektywne, czyli emocjonalnej reakcji w odpowiedzi na przeżycia drugiej osoby (Davis, 1999; Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2014). Skonstruowany przez H.M. Davisa *Indeks Reaktywności Interpersonalnej* oparty jest na definicji empatii jako konstruktu wielowymiarowego, składającego się z czterech komponentów odnoszących się do empatii poznawczej i emocjonalnej. Jest do dziś jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do pomiaru empatii (Jerzmanowska, 2013; Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2014).

Empatia pełni pozytywne funkcje w realizowaniu wielu zawodów, ale jest szczególnie umiejętnością w zawodach świadczących pomoc innym, takich jak pielęgniarka. W zawodzie pielęgniarki empatia jest uważana za jedną z istotnych kompetencji pielęgniarki, ponieważ warunkuje holistyczny i wysoce humanistyczny charakter świadczonych usług pielęgniarskich (Zielińska-Więczkowska, 2016).

Relacja terapeutyczna pełna empatii jest korzystna zarówno dla pielęgniarki, jak i pacjenta, ponieważ sprzyja dobrej komunikacji z pacjentem, opartej na zaufaniu i życzliwości, lepszym postrzeganiu pacjentów, redukuje ryzyko traktowania ich w sposób przedmiotowy,

umożliwia identyfikowanie potrzeb i oczekiwania pacjenta oraz wpływa na poczucie satysfakcji z jakości opieki (Zielińska-Więczkowska, 2016; Zarzycka, Ślusarska, Dobrowolska, Deluga, Trojanowska, Bartoń, 2016). Empatia okazywana pacjentowi przez pielęgniarkę pozwala mu poczuć się rozumianym i akceptowanym, stwarza klimat bliskości i zaufania, dając poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego i możliwość bezpiecznego odreagowania negatywnych uczuć wywołanych chorobą (Motyka, 2011). Pacjent w sposób bardziej otwarty mówi o swoich problemach zdrowotnych, ponieważ czuje się otoczony opieką i wsparciem (Zielińska-Więczkowska, 2016).

Biorąc pod uwagę znaczenie empatii w kontaktach międzyludzkich należy uznać, że proces przygotowywania kandydatów do zawodu pielęgniarki powinien uwzględniać rozwijanie i uczenie kompetencji społecznych w zakresie empatii u studentów w możliwie dużym zakresie (Motyka, Surmacka, Rogala, 2017; Nunes, Williams, Sa, Stevenson, 2011; Ouzouni, Nakakis, 2012; Penprase, Oakley, Terne, Driscoll, 2013; Sheehan, Perrin, Potter, Kazanowski, Bennett, 2013; Ward, Cody, Schaal, Hojat, 2012).

Cel pracy

Celem badań podjętych w ramach niniejszej pracy była ocena poziomu empatii u studentek w toku kształcenia na kierunku pielęgniarstwo.

Opis grupy badanej

Badania zostały przeprowadzone wśród studentów kierunku pielęgniarstwo – studia stacjonarne pierwszego stopnia, na czterech uczelniach: Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum w Krakowie, Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Tarnowie, Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Targu i Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Oświęcimiu. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskie-

go nr KBET/181/B/2012 z dnia 31 maja 2012 roku.

Przeprowadzone badania miały charakter longitudinalny i składały się z trzech kolejno następujących po sobie etapów: 2012 rok – I etap, 2013 rok – II etap i 2014 rok – III etap. Badania przeprowadzono na początku każdego kolejnego roku akademickiego w tej samej grupie 196 studentów kierunku pielęgniarstwo. W badaniu w 2012 roku wzięło udział 305 studentów rozpoczynających studia pielęgniarstwie. Z powodu braków danych (niekompletne wypełnienie kwestionariusza, brak kodu) wszystkie trzy etapy w 2014 roku ukończyło 196 studentów, co stanowi 64,26% liczebności początkowej.

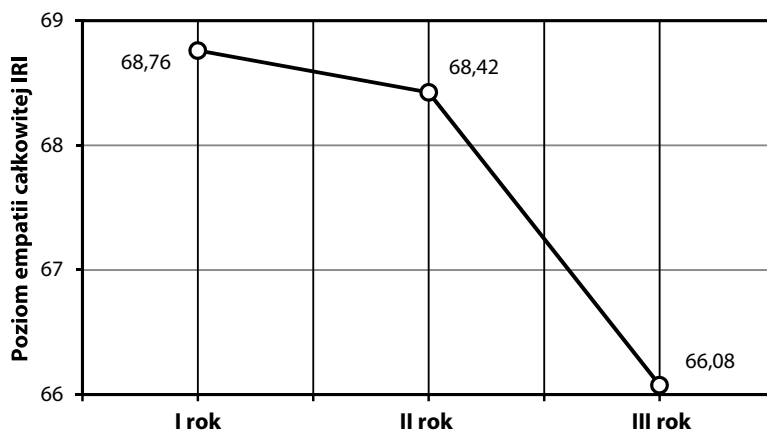
Studentów zaproszono do uczestnictwa i kontynuowania badań, zapewniając, że badanie jest dobrowolne, pozostaną anonimowi i mają prawo, bez żadnych konsekwencji, odmówić bądź zrezygnować z udziału w badaniach na każdym etapie ich prowadzenia. Studentom wyjaśniono cel i przebieg badań oraz zasady wypełniania kwestionariusza użytego w badaniu. Uczestnicy zwracali kwestionariusze w zaklejonej kopercie, co w przypadku ich wypełnienia oznaczało świadomą zgodę na udział w danym etapie badań.

Studenci rozpoczynający badanie byli w wieku: 18–35 lat, przy czym najliczniejszą grupę stanowili studenci w wieku 19 lat – 72,45% i w wieku 20 lat – 13,78%, a najmniej liczną w wieku 25 lat – 0,51% i w wieku 35 lat – 0,51%. Z uwagi na to, że ostatecznie w badaniu wzięły udział wyłącznie kobiety, w pracy używano terminu „pielęgniarka”.

Metoda i narzędzia

Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny. W sondażu zastosowano narzędzie badawcze – *Indeks Reaktywności Interpersonalnej* (Interpersonal Reactivity Index – *IRI*) autorstwa M.H. Davisa (Davis, 1999). Dołączono również kwestionariusz, w którym poproszono badanych o ich dane socjo-demograficzne.

Test *IRI* zawiera 28 zamkniętych stwierdzeń z 5-stopniową skalą (od 0 do 4 punktów),



Ryc. 1. Poziom empatii całkowitej (*IRI*) w kolejnych latach studiów

na której respondent określa trafność danego opisu w odniesieniu do własnej osoby (0 punktów – nie opisuje mnie dobrze, 4 punkty – opisuje mnie bardzo dobrze). Możliwy do uzyskania maksymalny poziom empatii całkowitej, jaki można uzyskać w badaniu kwestionariuszem *IRI* Davisa, to 112 punktów. Narzędzie badawcze zawiera cztery podskale odpowiadające wyodrębnionym wymiarom empatii: podskala przyjmowania perspektywy – mierząca skłonność do przyjmowania psychologicznego punktu widzenia innych ludzi w różnych sytuacjach (komponent poznawczy); podskala empatycznej troski – oceniająca gotowość jednostki do współodczuwania i współczucia wobec ludzi dotkniętych niepowodzeniem, krzywdą, cierpieniem (komponent afektywny); podskala osobistej przykrości – badająca skłonność do odczuwania przykrości i dyskomfortu w odpowiedzi na cierpienie innych ludzi (komponent afektywny); podskala fantazji – mierząca gotowość jednostki do wyobraźniowego przenoszenia się w fikcyjne sytuacje (komponent poznawczy). Każda podskala składa się z 7 pozycji, w obrębie których osoba badana może uzyskać od 0 do 28 punktów. Suma punktów poszczególnych podskal daje wynik empatii całkowitej (*IRI*). Wyższe wyniki empatii całkowitej, podobnie jak wyższe wyniki na każdej

z podskal, odpowiadają wyższemu poziomowi empatii.

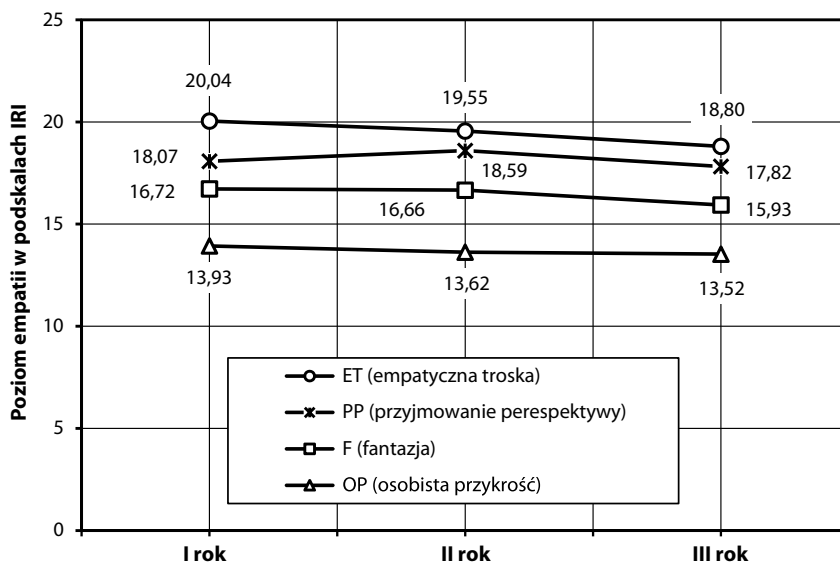
Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 8.0 PL. Do oceny różnic pomiędzy podskalami reprezentującymi poziom empatii zastosowano test *t*-Studenta dla prób powiązanych (test różnic). W celu porównania zmian w poziomie empatii podczas kolejnych lat studiowania wykorzystano testy dla dwóch prób zależnych: test znaków i test kolejności par Wilcozona. Różnice istotne statystycznie przyjmowano na poziomie $\alpha = 0,05$.

Wyniki

Najwyższy poziom empatii całkowitej badani studenci prezentowali na pierwszym roku, a najniższy na ostatnim roku studiów. Poziom empatii całkowitej u badanych studentów w kolejnych latach studiów pokazano na rycinie 1.

Różnice w poziomach empatii całkowitej były niewielkie i tylko obniżenie się poziomu empatii pomiędzy drugim a trzecim rokiem było statystycznie istotne. Tabela 1 prezentuje szczegółowe dane na temat zmian poziomu empatii całkowitej w trakcie studiów pięcioletnich.

Na rycinie 2 przedstawiono wartość poziomu empatii poszczególnych podskal



Ryc. 2. Poziom empatii na poszczególnych podskalach IRI w kolejnych latach studiów

składających się na empatię całkowitą w kolejnych latach studiów.

Najwyższe wartości poziomu empatii badani prezentowali na podskali empatycznej troski, następnie na podskali przyjmowania perspektywy, a najniższe na podskali

osobistej przykrości. Taka struktura poziomu empatii utrzymywała się od pierwszego do trzeciego roku studiów. Różnica pomiędzy poziomem empatii na podskalach przyjmowania perspektywy i empatycznej troski a poziomem osobistej przykrości na każdym roku

Tabela 1. Ocena zmian w poziomie empatii całkowitej (IRI) w kolejnych latach studiów ($N=196$)

	Rok studiów	Parametry statystyczne		Ocena zmian	Testy dla prób powiązanych	
		$X \pm SD$	ME [min – maks]		Test znaków – wartość testu i p	Test kolejności par Wilcoxona – wartość testu i p
Empatia całkowita (IRI)	I	68,76 ± 9,78	69 [36–92]	pierwszy vs drugi	0,22 $p=0,8259$	3,30 $p=0,7606$
	II	68,42 ± 10,38	68 [41–93]			
	II	68,42 ± 10,38	68 [41–93]	drugi vs trzeci	3,04 $p=0,0024$	3,68 $p=0,0002$
	III	66,08 ± 10,01	65,5 [41–98]			
	I	68,76 ± 9,78	69 [36–92]	pierwszy vs trzeci	2,47 $p=0,0129$	3,68 $p=0,0002$
	III	66,08 ± 10,01	65,5 [41–98]			

N – liczba studentów; X – średnia arytmetyczna (średni poziom empatii całkowitej); SD – odchylenie standardowe; ME – mediana; min – minimum; $maks$ – maksimum; p – poziom istotności; vs (versus) – w porównaniu do

Tabela 2. Ocena różnic w poziomie empatii na podskalach *IRI* w kolejnych latach studiów ($N=196$)

Podskale mierzące poziom empatii		Poziom empatii	Test t-Studenta dla prób powiązanych				
			Różnica	SD różnica	t	df	p
Pierwszy rok studiów	Przyjmowanie perspektywy (PP)	18,07	-1,97	4,32	-6,38	195	< 0,0001
	Empatyczna troska (ET)	20,04					
	Empatyczna troska (ET)	20,04	6,11	4,83	17,70	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,93					
	Fantazja (F)	16,72	-3,32	5,72	-8,13	195	< 0,0001
	Empatyczna troska (ET)	20,04					
	Przyjmowanie perspektywy (PP)	18,07	4,14	5,79	10,02	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,93					
	Fantazja (F)	16,72	-1,35	6,02	-3,14	195	0,0019
	Przyjmowanie perspektywy (PP)	18,07					
	Fantazja (F)	16,72	2,79	5,67	6,89	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,93					
Drugi rok studiów	Przyjmowanie perspektywy (PP)	18,59	-0,96	4,22	-3,18	195	0,0017
	Empatyczna troska (ET)	19,55					
	Empatyczna troska (ET)	19,55	5,93	4,75	17,48	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,62					
	Fantazja (F)	16,66	-2,89	5,85	-6,92	195	< 0,0001
	Empatyczna troska (ET)	19,55					
	Przyjmowanie perspektywy (PP)	18,59	4,97	5,62	12,38	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,62					
	Fantazja (F)	16,66	-1,93	6,16	-4,39	195	< 0,0001
	Przyjmowanie perspektywy (PP)	18,59					
	Fantazja (F)	16,66	3,04	5,50	7,72	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,62					
Trzeci rok studiów	Przyjmowanie perspektywy (PP)	17,82	-0,98	4,08	-3,38	195	0,0009
	Empatyczna troska (ET)	18,80					
	Empatyczna troska (ET)	18,80	5,28	4,83	15,29	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,52					
	Fantazja (F)	15,93	-2,87	5,61	-7,16	195	< 0,0001
	Empatyczna troska (ET)	18,80					
	Przyjmowanie perspektywy (PP)	17,82	4,30	5,66	10,61	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,52					
	Fantazja (F)	15,93	-1,89	6,23	-4,23	195	< 0,0001
	Przyjmowanie perspektywy (PP)	17,82					
	Fantazja (F)	15,93	2,41	5,87	5,74	195	< 0,0001
	Osobista przykrość (OP)	13,52					

N – liczba studentów; SD – odchylenie standardowe; t – wartość testu t-Studenta dla zmiennych zależnych; df – liczba stopni swobody testu t ; p – poziom istotności

Tabela 3. Ocena zmian w poziomie empatii poszczególnych podskal w kolejnych latach studiów ($N=196$)

Poziom empatii w podskalach IRI	Rok studiów	Parametry statystyczne		Ocena zmian	Testy dla prób powiązanych	
		$X \pm SD$	ME [min – maks]		Test znaków – wartość testu i p	Test kolejności par Wilcoxon – wartość testu i p
Empatyczna troska (ET)	I	20,04 \pm 3,57	20 [9–28]	pierwszy vs drugi	0,85 p=0,3961	1,65 p=0,0992
	II	19,55 \pm 3,65	20 [6–28]			
	II	19,55 \pm 3,65	20 [6–28]	drugi vs trzeci	2,10 p=0,0353	2,73 p=0,0063
	III	18,80 \pm 3,50	19 [9–28]			
	I	20,04 \pm 3,57	20 [9–28]	pierwszy vs trzeci	3,91 p=0,0001	4,01 p=0,0001
	III	18,80 \pm 3,50	19 [9–28]			
Przyjmowanie perspektywy (PP)	I	18,07 \pm 3,96	18 [6–28]	pierwszy vs drugi	2,84 p=0,0045	1,99 p=0,0469
	II	18,59 \pm 3,87	19 [8–28]			
	II	18,59 \pm 3,87	19 [8–28]	drugi vs trzeci	2,49 p=0,0129	2,30 p=0,0027
	III	17,82 \pm 3,81	18 [8–27]			
	I	18,07 \pm 3,96	18 [6–28]	pierwszy vs trzeci	1,42 p=0,1544	1,15 p=0,2488
	III	17,82 \pm 3,80	18 [8–27]			
Osobista przykrość (OP)	I	13,93 \pm 3,76	14 [4–23]	pierwszy vs drugi	0,00 p=1,0000	1,13 p=0,2595
	II	13,62 \pm 3,63	14 [4–23]			
	II	13,62 \pm 3,63	14 [4–23]	drugi vs trzeci	0,61 p=0,5383	2,39 p=0,6930
	III	13,52 \pm 3,80	14 [3–24]			
	I	13,93 \pm 3,76	14 [4–23]	pierwszy vs trzeci	0,94 p=0,3473	1,29 p=0,1976
	III	13,52 \pm 3,80	14 [3–24]			
Fantazja (F)	I	16,72 \pm 5,04	17 [5–28]	pierwszy vs drugi	Z=0,22 p=0,8221	0,20 p=0,8417
	II	16,66 \pm 5,39	16 [3–28]			
	II	16,66 \pm 5,39	16 [3–28]	drugi vs trzeci	1,86 p=0,0624	2,43 p=0,0150
	III	15,93 \pm 5,30	16 [3–27]			
	I	16,72 \pm 5,04	17 [5–28]	pierwszy vs trzeci	1,65 p=0,0982	2,06 p=0,0393
	III	15,93 \pm 5,30	16 [3–27]			

N – liczba studentów; X – średnia arytmetyczna (średni poziom empatii); SD – odchylenie standardowe; ME – mediana; min – minimum; $maks$ – maksimum; p – poziom istotności

studiów pielęgniarskich była statystycznie istotna. Tabela 2 zawiera wyniki testu *t*-Studenta dla prób powiązanych, pozwalające ocenić różnice pomiędzy poszczególnymi składnikami empatii całkowitej na poszczególnych latach studiów pielęgniarskich.

W dalszej części analizy uzyskanego materiału empirycznego dokonano oceny zmian poziomu składników empatii całkowitej w kolejnych latach studiów. Tabela 3 prezentuje szczegółowe dane na temat zmian poziomu składników empatii w trakcie studiów pielęgniarskich.

Poziom empatii poszczególnych podskal zmieniał się w kolejnych latach studiów. Najwyższy poziom empatii na podskali przyjmowania perspektywy badani wykazali na drugim roku, a najniższy na trzecim roku studiów. Wzrost poziomu empatii na podskali przyjmowania perspektywy pomiędzy pierwszym a drugim rokiem studiów i spadek pomiędzy drugim a trzecim rokiem studiów był statystycznie istotny. Poziom empatii na podskali empatycznej troski obniżał się w kolejnych latach studiów przyjmując najniższą wartość na trzecim roku. O ile obniżenie poziomu empatycznej troski pomiędzy pierwszym a drugim rokiem było niewielkie i statystycznie nieistotne, to pomiędzy drugim a trzecim rokiem było już statystycznie istotne. Natężenie empatii na podskali osobistej przykrości obniżało się w kolejnych latach studiów, lecz występujące różnice nie były statystycznie istotne. Podobnie natężenie fantazji zmniejszało się w trakcie studiów i obniżenie jej pomiędzy drugim a trzecim rokiem było statystycznie istotne.

Podsumowując należy stwierdzić, że zmiany poziomu empatii pojawiające się w toku studiów pielęgniarskich, polegające na niewielkim lecz jednak istotnym statystycznie jej obniżeniu, można uznać za niekorzystne.

Dyskusja

Średni wynik poziomu empatii całkowitej w badanej grupie studentów pierwszego roku pielęgniarstwa wynosił 68,76 punktów. Wynik ten jest porównywalny z wynikiem, jaki uzy-

skali inni autorzy, tj. 66,29 punktów (Dziubak, Motyka, 2014) i 67,38 punktów (Motyka, Surmacka, Rogala, 2017), którzy badali poziom empatii wśród studentów pierwszego roku pielęgniarstwa stosując Indeks Reaktywności Interpersonalnej (*IRI*) autorstwa M.H. Davisa.

Najwyższy poziom empatii badani studenci uzyskali na podskali empatycznej troski i podskali przyjmowania cudzej perspektywy, a najniższy na podskali osobistej przykrości. Empatyczna troska i przyjmowanie cudzej perspektywy przez pielęgniarki ma duże znaczenie dla pacjentów w sytuacji opieki i odzwierciedla pozytywny aspekt terapeutycznej relacji pacjent–pielęgniarka (Kliszcz, Nowicka-Sauer, Trzeciak, Nowak, Sadowska, 2006). Osobista przykrość oznacza natomiast reagowanie własnym cierpieniem w sytuacji bycia świadkiem cierpienia innych osób, co może utrudniać skuteczne udzielanie pomocy (Davis, 1999). Można więc uznać, że osobista przykrość, podobnie jak i fantazja, są zdecydowanie mniej istotne dla terapeutycznej relacji pacjent–pielęgniarka (Kliszcz, Nowicka-Sauer, Trzeciak, Nowak, Sadowska, 2006). Odnosząc uzyskane wyniki w zakresie komponentów empatii do wyników badań innych autorów, którzy badali empatię wśród studentów pielęgniarstwa pierwszego roku, należy stwierdzić, że uzyskali oni zbliżone i relatywnie najwyższe wyniki empatii na podskalach: przyjmowania perspektywy – 18,08 punktów (Dziubak, Motyka, 2014), 17,13 punktów (Motyka, Surmacka, Rogala, 2017), oraz empatycznej troski – 18,24 punktów (Dziubak, Motyka, 2014) i 19,97 punktów (Motyka, Surmacka, Rogala, 2017). Natomiast najniższy wynik uzyskali na podskali osobistej przykrości: 12,56 punktów (Dziubak, Motyka, 2014) i 11,61 punktów (Motyka, Surmacka, Rogala, 2017).

Wprawdzie uzyskane wyniki w badaniach własnych w zakresie poziomu empatii na podskalach – empatycznej troski i przyjmowania perspektywy, nie należą do najwyższych, to jednak ich dominacja nad pozostałymi wymiarami empatii świadczy o korzystnej strukturze tego czynnika jako kluczowego elementu wspierającego relacje międzyludzkie

i rokuje zapewnieniem dobrej jakości opieki pielęgniarstwa świadczonej w przyszłości przez badanych studentów.

Przeprowadzone badania wykazały, że w kolejnych latach studiów pielęgniarstwa nastąpiło stopniowe obniżanie poziomu empatii całkowitej, przy czym jedynie na trzecim roku studiów obniżenie poziomu empatii w stosunku do drugiego roku okazało się statystycznie istotne. Największe zmiany poziomu empatii wystąpiły na podskalach: przyjmowania perspektywy i empatycznej troski. Na drugim roku odnotowano statystycznie istotny wzrost poziomu empatii na podskali przyjmowania perspektywy, a obniżenie poziomu empatii na podskali empatycznej troski. Z kolei na trzecim roku studiów poziom empatii w obu podskalach (przyjmowania perspektywy i empatycznej troski) obniżył się statystycznie istotnie w stosunku do drugiego roku.

Zdaniem badaczy, obniżenie poziomu empatii emocjonalnej przy jednoczesnym wzroście natężenia empatii kognitywnej jest wyrazem rozwoju „profesjonalnej empatii”, określanej czasem w literaturze jako „bezinteresowne zainteresowanie”. Obniżenie wyników na skali empatycznej troski wydaje się więc wskazywać, że doświadczenie, jakie nabrali w bezpośrednim kontakcie z pacjentami wzmocniło u studentów potrzebę zachowania pewnego dystansu wobec ich przeżyć (Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2014). Wzrost umiejętności przyjmowania punktu widzenia pacjenta, a więc lepszego rozumienia go, należy uznać za pozytywny efekt procesu edukacyjnego, lecz załamanie się tendencji wzrostowej na trzecim roku należy uznać za niepokojące.

Ze względu na duże znaczenie empatii w humanistycznym wymiarze opieki pielęgniarstwa na pewno uzyskany wynik badania wskazujący na średni poziom empatii badanych studentów i zwłaszcza obniżenie się poziomu empatii w kolejnych latach studiów pielęgniarstwa nie jest zadowalający. Fakt spadku empatii wśród studentów znajduje potwierdzenie w badaniach międzynarodowych. Badania podłużne przeprowadzone wśród amerykańskich studentów medycyny

wykazały tendencje do zwiększania się empatii przez pierwsze dwa lata, następnie jej spadek na trzecim i czwartym roku studiów (Chen, Kirshenbaum DS, Yan, Kirshenbaum E, Aseltine, 2012). Badania przeprowadzone wśród amerykańskich studentów pielęgniarstwa na początku, a następnie pod koniec roku akademickiego, na różnych latach studiów, wykazały spadek empatii u wszystkich studentów, a obniżenie empatii było statystycznie wyższe wśród studentów z większą ilością praktyk klinicznych (Ward, Cody, Schaal, Hojat, 2012). Podobne wyniki uzyskali autorzy badając poziom empatii u studentów: pielęgniarstwa, farmacji, stomatologii i medycyny na uniwersytecie w Indiach, na początku i na końcu pierwszego roku studiów. Poziom empatii obniżył się we wszystkich czterech grupach badanych studentów. U studentów pielęgniarstwa, stomatologii i medycyny, którzy rozpoczynali studia z najwyższymi wynikami, spadek empatii był istotny statystycznie (Nunes, Williams, Sa, Stevenson, 2011). Badania przeprowadzone wśród polskich studentów pierwszego roku studiów licencjackich i studentów pielęgniarstwa pierwszego roku studiów drugiego stopnia wykazały nieco wyższy poziom empatii w grupie studentów rozpoczynających studia pielęgniarstwa, przy czym różnica ta była nieistotna statystycznie (Motyka, 2006).

W literaturze dyskutuje się o tym, co może być przyczyną spadku empatii wśród studentów nauk o zdrowiu i medycyny. Wiele badań przeprowadzonych wśród studentów wykazuje, że obniżenie poziomu empatii na studiach łączy się z okresem, w którym do programu studiów zostają wprowadzone zajęcia wymagające kontaktu z pacjentem w warunkach klinicznych (Chen, Kirshenbaum D.S, Yan, Kirshenbaum E, Aseltine, 2012; Neumann, Edelhäuser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Wooten, Haramati, Scheffer, 2011; Ward, Cody, Schaal, Hojat, 2012). Badacze upatrują przyczyn obniżenia empatii u studentów w braku odpowiednich wzorców osobowych i deficytach umiejętności komunikowania się z pacjentami w sytuacjach klinicznych, co w efekcie

prowadzi do nasilenia się trudności w kontaktach z pacjentem podczas praktyk klinicznych. Przyczyny mogą tkwić także w negatywnych kontaktach z pracownikami szpitali, nadmiarze obowiązków edukacyjnych, stresie wynikającym z konieczności wykonywania czynności w ograniczonym czasie oraz strachu przed popełnieniem błędu i znacznym uzależnieniem działań klinicznych od technologii (Chen, Kirshenbaum DS, Yan, Kirshenbaum E, Aseltine, 2012; Ward, Cody, Schaal, Hojat, 2012; Neumann, Edelhäuser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati, Scheffer, 2011; Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2014).

Literatura przedmiotu wskazuje, że są badania, w których uzyskano pozytywne wyniki. Przekrojowe badania empatii w Australii wykazały, że poziom empatii wśród studentów ratownictwa był najniższy na pierwszym roku, a najwyższy na drugim roku studiów (Williams, Boyle, Earl, 2013). Z kolei badania, ale nie podłużne, przeprowadzone wśród polskich studentów pielęgniarstwa wykazały, że stosunkowo najwyższym poziomem empatii cechowali się studenci trzeciego roku, nieco niższy poziom empatii odnotowano wśród studentów pierwszego roku, a najniższy wśród studentów drugiego roku (Krajewska-Kułąk, Van Damme-Ostapowicz, Bielek, Penar-Zadarko, Rozwadowska, Lewko, Kowalewska, Kondzior, Kowalczyk, Klimaszewska, Terlikowski, 2010). Dwuletnie badanie podłużne przeprowadzone wśród studentów ratownictwa pierwszego, drugiego i trzeciego roku na sześciu australijskich uniwersytetach wykazało, że poziom empatii w kolejnych latach studiów wzrósł, a najwyższy poziom empatii wykazali studenci trzeciego roku. Autorzy podkreślają, że przyczyny wzrostu empatii można upatrywać w większej świadomości nauczycieli akademickich wynikającej ze wzrostu badań empatii wśród studentów ratownictwa (Williams, Boyle, Tozer-Jones, Devenish, Hartley, McCall, McMullen, Munro, O'Meara, 2015). Podobne rezultaty uzyskali autorzy przekrojowego badania przeprowadzonego wśród portugalskich studentów medycyny, które wykazało statystycznie wyższy poziom empatii

studentów ostatniego roku w stosunku do studentów roku pierwszego. Autorzy badań podkreślają, iż wyższe wyniki empatii studentów ostatniego roku studiów mogą być efektem specjalnego szkolenia umiejętności komunikacji wdrażanego do programu studiów medycznych od drugiego roku studiów (Magalhães, Sagueira, Costa M, Costa MJ, 2011). Z kolei w przekrojowym badaniu empatii wśród australijskich studentów pielęgniarstwa wykazano, że poziom empatii utrzymywał się na dobrym i podobnym poziomie na pierwszym, drugim i trzecim roku studiów. Badanie wykazało również zmiany postaw studentów wobec pewnych schorzeń, w tym obniżenie poziomu empatii wobec osób uzależnionych (McKenna, Boyle, Brown, Williams, Molloy A, Lewis, Molloy L, 2012). Inne badania wykazały również obniżenie poziomu empatii wśród australijskich studentów pielęgniarstwa i ratownictwa wobec osób uzależnionych i po próbach samobójczych, którym trudniej okazywać empatię, ponieważ postrzegani są oni jako odpowiedzialni za swoje problemy zdrowotne (Williams, Boyle, Fielder, 2015).

Przytoczone badania empatii wśród studentów nauk o zdrowiu i medycyny pokazały, że wnioski z tych badań są niejednoznaczne. Obserwowane rozbieżności mogą wynikać ze specyfiki społeczno-kulturowej i edukacyjnych doświadczeń badanych grup studentów lub z różnic w metodologicznym podejściu do jej pomiaru (Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2014).

Niezależnie od czynników powodujących zmiany poziomu empatii podczas studiów medycznych (pozytywne czy negatywne), dane te świadczą o tym, że empatia jest cechą podatną na zmiany i powinna być aktywnie rozwijana w całym okresie kształcenia studiów pielęgniarstwa (Cunico, Sartori, Marognolli, Meneghini, 2012; Chen, Kirshenbaum DS, Yan, Kirshenbaum E, Aseltine, 2012; Mikkonen, Kynjäs, Kääriäinen, 2015; Ouzouni, Nakakis, 2012; Ward, Cody, Schaal, Hojat, 2012). W wyniku takich działań edukacyjnych studenci postrzegają będą siebie jako bardziej empatycznych

wobec swoich pacjentów i pozytywnie odpowiadać na ich problemowe zachowania. Potwierdzają to badania podłużne przeprowadzone wśród włoskich studentów pielęgniarstwa, którzy wykazali wyższe natężenie empatii dzięki uczestniczeniu w szkoleniach rozwijających ich zdolności empatyczne (Cunico, Sartori, Marognolli, Meneghini, 2012). Z kolei badanie przeprowadzone wśród amerykańskich studentów licencjatu pielęgniarstwa wykazały znaczny wzrost poziomu empatii po uczestniczeniu w kursie „Zrozumieć cierpienie”. Ponadto te pozytywne wyniki uzyskiwano konsekwentnie przez okres pięciu lat. Wzrost empatii zbiegł się z największym doświadczeniem klinicznym studentów (Sheehan, Perrin, Potter, Kazanowski, Bennett, 2013).

Na polskich uczelniach na kierunku pielęgniarstwo względnie zaawansowany program kształcenia, uwzględniający m.in. rozwój zdolności empatycznych, jest wdrażany stosunkowo późno, bo dopiero na pierwszym roku studiów drugiego stopnia (w ramach podstaw psychoterapii).

Uczenie kompetencji społecznych w zakresie empatii powinno być efektywnie realizowane na wszystkich etapach studiów, počąwszy od wyjaśnienia jej podstaw neurobiologicznych i prezentowania wyników badań naukowych wskazujących na jej istotną rolę w procesie terapeutycznym, aż do rozwijania umiejętności zachowania właściwego dla relacji pacjent–pielęgniarka poziomu empatii z wykorzystaniem metod skłaniających do kontemplacji i wnikliwej samooceny (Janczukowicz, 2014).

Empatia wśród pielęgniarek może być rozwijana i wzmocniona poprzez uczestnictwo w warsztatach szkoleniowych doskonalących umiejętności komunikacji interpersonalnej, m.in. organizowanych przez pracodawców placówek opieki zdrowotnej jako sposób zapewnienia wyższej jakości opieki pacjentom (Zarzycka, Ślusarska, Dobrowolska, Deluga, Trojanowska, Bartoń, 2016). „Ważne znaczenie może mieć wdrożenie w czasie szkolenia zarówno przed-, jak i podyplomowego odpowiednich programów edukacyjnych oraz

efektywne egzaminowanie z tego zakresu. W czasie egzaminowania przypadki przedstawiane zdającym osobom powinny służyć sprawdzeniu nie tylko wiedzy teoretycznej i kompetencji technicznych, lecz także kompetencji społecznych i umiejętności odczuwania oraz okazywania empatii” (Janczukowicz, 2014).

Wnioski

1. Przeprowadzone badania pozwoliły stwierdzić, że studia pielęgniarские nie powodują wzrostu empatii u studentów, a nawet łączą się z niewielkim jej obniżeniem.
2. Obniżenie empatii w czasie studiów pielęgniarских nie sprzyja dążeniu do profesjonalizmu przyszłych pielęgniarek i jakości opieki pielęgniarskiej.
3. W ramach doskonalenia jakości nauczania należy zwrócić większą uwagę na rozwijanie empatii studentów. Szczególny nacisk na ten aspekt kształcenia należy położyć na trzecim roku studiów, kiedy suma doświadczeń klinicznych studentów i stres związany z egzaminami końcowymi może prowadzić do osłabienia postaw prospołecznych.

Bibliografia

- Chen D.C., Kirshenbaum D.S., Yan J., Kirshenbaum E., Aseltine R.H. (2012). Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical Teacher*, 34(4), 305–311.
- Cunico L., Sartori R., Marognolli O., Meneghini A.M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13–14), 2016–2025.
- Davis M.H. (1999). *Empatia – o umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dziubak M., Motyka M. (2014). Wybrane czynniki warunkujące motywację wyboru studiów pielęgniarских. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22(2), 136–141.
- Janczukowicz J. (2014). Empatia jako zasadnicza kompetencja współczesnego lekarza. Janczukowicz J. (red.), *Profesjonalizm lekarski*. Warszawa: Medical Tribune Polska, 94–102.

- Jerzmanowska A. (2013). Empatia oraz decentracja interpersonalna a radykalność postaw społecznych. *Psychologia Społeczna*, 8, 1(24), 67–79.
- Każmierczak M. (2004). Empatia w strukturach organizacyjnych. *Roczniki Psychologiczne*, 7(2), 131–144.
- Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Trzeciak B., Nowak P., Sadowska A. (2006). Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Sciences*, 51, 219–225.
- Kliś M. (2012). Adaptacyjna rola empatii w różnych sytuacjach życiowych. *Horyzonty Psychologii*, 2, 147–171.
- Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Penar-Zadarko B., Rozwadowska E., Lewko J., Kowalewska B., Kondzior D., Kowalczyk K., Klimaszewska K., Terlikowski R. (2010). Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(1), 1–10.
- Magalhães E., Salgueira A.P., Costa P., Costa M.J. (2011). Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 11(52), 1–7.
- McKenna L., Boyle M., Brown T., Williams B., Molloy A., Lewis B., Molloy L. (2012). Levels of empathy in undergraduate nursing students. *International Journal of Professional Nursing*, 28(1), 34–40.
- Mikkonen K., Kyngäs H., Kääriäinen M. (2015). Nursing students' experiences of the empathy of their teachers: a qualitative study. *Advances in Health Sciences Education*, 20, 669–682.
- Motyka M. (2011). Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2), 259–265.
- Motyka M. (2006). Empatia a studia pielęgniarstwa. *Sztuka Leczenia*, 13(1–2), 33–38.
- Motyka M., Surmacka J., Rogala M. (2017). Poziom empatii u studentów rozpoczynających studia pielęgniarstwa jako ważna umiejętność w komunikacji terapeutycznej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 25(2), 103–107.
- Neumann M., Edelhäuser F., Tauschel D., Fischer M.R., Wirtz M., Woopen C., Haramati A., Schefker C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996–1009.
- Nunes P., Williams S., Sa B., Stevenson K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, 12–17.
- Ouzouni C., Nakakis K. (2012). An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Science Journal*, 6(3), 534–552.
- Penprase B., Oakley B., Ternes S., Driscoll D. (2013). Empathy as a determining factor for nursing career selection. *Journal of Nursing Education*, 52(4), 192–197.
- Sheehan C.A., Perrin K.O., Potter M.L., Kazanowski M.K., Bennett L.A. (2013). Engendering Empathy in Baccalaureate Nursing Students. *International Journal of Caring Science*, 6(3), 456–464.
- Ward J., Cody J., Schaal M., Hojat M. (2012). The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 28(1), 34–40.
- Wilczek-Rużyczka E. (2002). *Empatia i jej rozwój u osób pomagających*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Williams B., Boyle M., Earl T. (2013). Measurement of empathy levels in undergraduate paramedic students. *Prehospital and Disaster Medicine*, 28(2), 145–149.
- Williams B., Boyle M., Fielder C. (2015). Empathetic attitudes of undergraduate paramedic and nursing students towards four medical conditions: a three-year longitudinal study. *Nurse Education Today*, 35(2), e14–18.
- Williams B., Boyle M., Tozer-Jones J., Devenish S., Hartley P., McCall M., McMullen P., Munro G., O'Meara P. (2015). Undergraduate paramedic students' empathy levels: A two-year longitudinal study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(1), 58–64.
- Zarzycka D., Ślusarska B., Dobrowolska B., Deluga A., Trojanowska A., Bartoń W. (2016). Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 56(3), 33–38.
- Zielińska-Więczkowska H. (2016). Empatia wśród przedstawicieli zawodów medycznych – korzyści a ryzyko wypalenia zawodowego. *Medycyna Rodzinna*, 19(4), 255–260.
- Ziółkowska-Rudowicz E., Kładna A. (2014). *Empatia w medycynie*. Szczecin: Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie.